ARTIGO ORIGINAL

A percepção de familiares de idosos frágeis sobre grupos de cuidadores na atenção primária à saúde

The perception of frail elderly families about groups of caregivers in primary health care

Paula Ferreira Chacon[1], Karla Cristina Giacomin[1], Mônica de Assis Fontes Silva[1], Patricia Guimaraens Ferreira[1], Elizabeth Costa Dias[2]

[1] Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte, MG – Brasil
[2] Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM, Programa de Pós-Graduação de Promoção da Saúde e Prevenção de Violência. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Paula Ferreira Chacon
E-mail: paulafchacon@yahoo.com.br

RESUMO

Introdução: o envelhecimento populacional desafia a saúde pública a prestar cuidados a idosos frágeis. **Objetivo**: este estudo buscou compreender a percepção do cuidador familiar de idosos sobre o cuidado, considerando sua participação no Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil da Prefeitura de Belo Horizonte--MG. **Metodologia**: estudo exploratório descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, que utilizou questionário estruturado e entrevistas semiestruturadas para traçar o perfil dos participantes e compreender sua percepção sobre a participação no projeto. **Resultados:** participaram 37 cuidadores dos quais 14 foram entrevistados; 94,6% mulheres com média de idade de 59 ± 13 anos; renda familiar entre dois e três salários mínimos; 75% residiam próximo ou com o idoso e cuidavam sozinhos. Segundo os relatos, 62,2% não saíam de casa e 18,9% abandonaram o trabalho. Os entrevistados consideraram que o grupo contribuiu para mudar positivamente o cuidado do outro e de si, favorecendo o vínculo com o serviço de saúde. **Conclusão:** grupos de cuidadores informais previstos na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa devem ser incentivados na atenção primária.

Palavras-chave: Idoso; Cuidadores; Grupos de Autoajuda; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

***Introduction**: Population aging challenges public health to care for frail older people. **Objective**: This study aimed to understand the perception of the family caregiver of fragile elderly on the care and on their participation on the Qualification Caringfor Fragile Elderly Project of Belo Horizonte (MG). **Methodology**: descriptive exploratory study with a quantitative and qualitative approach used structured questionnaire and semi-structured interviews to know the participants profile and understand the perception of their participation in the Project. **Results**: 37 caregivers participated; 14 were interviewed. Women were 94.6%; mean age 59 ± 13 years; family income between 2 and 3 minimum wages (51.4%); living close to or with the elderly (over 75%). The caregiver was a family member, who cared alone. Care means fulfil needs of the elderly. It evokes several feelings and restricts caregiver's lives: 62.2% didn't leave home; 18.9% left work. Respondents felt that participating on groups contributed to change positively caring of the other and of itself, favoring the relationship with the health service. **Conclusion**: informal caregiver groups definedby National Politics for the Elderly should be encouraged in primary care.*

***Key words**: Aged; Caregiver; Self-help Groups; Primary Health Care.*

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional brasileiro, acelerado e intenso, desafia o setor de saúde[1] a cuidar de 25 milhões de idosos (60 anos e mais), entre os quais 15,6% com algum grau de incapacidade funcional[2] que demandam cuidados de um cuidador.[3,4]

Para apoiar o cuidador familiar de pessoas idosas frágeis, qualificar e humanizar o cuidado no domicílio, a Prefeitura de Belo Horizonte implantou, em 2009, o Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil (PQCIF), com apoio do Ministério da Saúde. Tal projeto visa capacitar os profissionais da atenção primária e de outros níveis de atenção e criar grupos de cuidadores familiares de pessoas idosas frágeis nas unidades básicas de saúde (UBS)[5], contribuindo para a mudança de atitudes e aquisição de habilidades no cuidado da pessoa idosa e no autocuidado.[6] Em 2011, instituiu o Programa Maior Cuidado, para evitar hospitalizações e institucionalizações das pessoas idosas, contratando cuidadores formais que colaboram com o cuidador familiar em determinadas tarefas, inclusive sua participação nos grupos do PQCIF.[7]

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi compreender a percepção do cuidador familiar de idosos frágeis sobre o cuidado a partir de sua participação nos grupos instituídos pelo PQCIF.

METODOLOGIA

Este estudo exploratório descritivo, de abordagem quantitativa e qualitativa, investigou a percepção de cuidadores familiares que participaram dos grupos promovidos pelo PQCIF, no ano de 2013, em Belo Horizonte. O município conta com 299.572 mil idosos[8] assistidos em 147 UBS, por 583 equipes de saúde da família, com cobertura de 83% do território.[8,9]

O perfil dos participantes foi investigado a partir de 30 questões selecionadas do questionário estruturado do estudo Saúde, Bem-Estar e Envelhecimento (SABE)[10] sobre características e aspectos do cuidador a saber: a) aspectos sociodemográficos: sexo, idade, escolaridade, local de moradia, vínculo de parentesco com a pessoa cuidada e religião; b) condição de trabalho: atual; se parou de trabalhar para cuidar; se contribui para previdência; c) informações sobre o cuidado: tempo gasto, apoio da família e formação específica; d) atividades sociais, produtivas e de lazer do cuidador. Para padronização e melhor domínio do instrumento pela pesquisadora foi realizado pré-teste com cuidadores familiares que participaram do PQCIF antes de 2013.

Os cuidadores elegíveis para o estudo foram identificados nas listas de presença e selecionados conforme critérios de inclusão: permanecer cuidador familiar de idoso e estar em condições de responder ao questionário, respeitando-se a multivocalidade quanto a sexo, idade, parentesco com a pessoa cuidada, local de moradia, tempo de cuidado e território. Foram critérios de exclusão: óbito da pessoa idosa; ser cuidador formal ou profissional da UBS; residir fora da área de abrangência da UBS; não ser localizado ou não aceitar participar. Os dados obtidos na etapa quantitativa foram organizados em banco de dados e o *software Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version* (SPSS), versão 18.0, utilizado para os procedimentos estatísticos, cálculo da frequência, medida de tendência central (média) e de dispersão (desvio-padrão).

Na etapa qualitativa, investigou-se a percepção dos cuidadores sobre o cuidado e sua participação nos grupos, por meio de entrevistas individuais com roteiro semiestruturado sobre: a) como se sente cuidando de alguém idoso?; b) o que é cuidar?; c) a participação no grupo. A aplicação do questionário e a entrevista foram realizadas na UBS ou no domicílio, conforme escolha do cuidador. O número de entrevistas foi definido segundo o critério de saturação.[11] As entrevistas, gravadas e transcritas pela pesquisadora, duraram em média 30 minutos. Para garantir o anonimato, o cuidador foi identificado, respectivamente, pelo sexo (letras M para mulher e H para homem), número de ordem da entrevista, idade e estado civil. Os dados qualitativos foram analisados segundo o método proposto por Bardin[12] em três etapas: a) pré-análise, na qual se buscou sistematizar as ideias e impressões iniciais; b) exploração do material com leitura atenta das entrevistas, visando identificar as categorias analíticas; c) tratamento e interpretação dos resultados.

Esta pesquisa é parte do projeto "Estudo do Processo de Desenvolvimento do Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil em Belo Horizonte-MG", aprovado pelos Comitês de Ética em pesquisa da UFMG e da Prefeitura de Belo Horizonte (CAAE 325882147300015140) em 17.10.2014.Os cuidadores que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O questionário foi respondido por 37 cuidadores familiares, cujos resultados estão apresentados na Tabela 1. No universo pesquisado, o perfil sociodemográfico encontrado assemelha-se a outros descritos na literatura brasileira[10,13] e internacional.[14,15] O grupo é formado majoritariamente por mulheres, com média de idade de 59 anos (± 13 anos), sendo a faixa etária predominante acima de 60 anos. A maior presença feminina decorre de normas e valores culturais vigentes na sociedade, segundo os quais a mulher geralmente é a cuidadora do lar, do cônjuge, dos filhos e mais tarde de seus pais.[3]

Quanto à escolaridade, 75,6% dos cuidadores pesquisados tinham quatro a oito anos de estudo e se consideravam capazes de ler um recado (89,2%), o que difere do estudo cubano cujos participantes possuíam ensino médio completo[16] e de um estudo realizado na Bahia cujos cuidadores tinham escolaridade mais baixa.[17] Quanto à renda familiar, diferindo dos cuidadores pesquisados por Anjos *et al.*[17], a maioria recebia dois a três salários mínimos e 75,7% deles tinham renda própria. Destes, 48,6% não exerciam ocupação formal e 35,1% estavam aposentados (dados não apresentados). Muitas vezes a atividade de cuidar leva à restrição da jornada de trabalho ou ao abandono do trabalho formal[18], conforme observado em 18,9% dos cuidadores entrevistados. E, destes, 67,6% não estavam contribuindo para a previdência social. Em estudo italiano, 80% dos cuidadores familiares eram mulheres, entre 25 e 49 anos e estavam fora do mercado de trabalho em consequência da tarefa de cuidar.[14]

No grupo pesquisado, mais de 75% dos cuidadores residiam em casa própria, com a pessoa idosa ou próximo dela, e apenas uma minoria morava sozinha, confirmando o estudo SABE brasileiro.[10]

Quanto à religião – uma importante estratégia de enfrentamento para lidar com problemas relativos ao cuidado –, predominou o cristianismo (59,5% católicos; 32,4% evangélicos), o espiritismo (2,7%) e 5,4% não tinham religião. Por vezes, a fé revela a falta de alternativas e de apoio das políticas públicas[3] e o familiar sente-se responsável pelo cuidado ao idoso nas 24 horas (45,9%) do dia. Em Portugal, esse tempo era permanente e por muitas horas, observando-se limitações na vida cotidiana, na saúde e no bem-estar do cuidador.[15] O caráter crônico do cuidar repercute na condição física e psicológica de quem cuida, especialmente se ele(a) também é idoso(a).[13]

Tabela 1 - Características sociodemográficas de cuidadores de idosos (n=37) (Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil- BH/MG – 2014)

Características sociodemográficas	%
Sexo	
Masculino	5,4
Feminino	94,6
Faixa etária (anos)	
< 50	29,8
51-59	21,6
60-69	32,4
70 ou +	16,2
Estado conjugal	
Solteiro	35,1
Casado/amasiado	32,4
Separado/desquitado/divorciado	16,2
Viúvo	16,2
Anos completos de escolaridade	
0	10,8
De 1 a 3	13,5
De 4 a 7	37,8
Mais de 8	37,8
Renda própria do cuidador	
Sim	75,7
Não	24,3
Renda domiciliar mensal (em salários mínimos da época)	
1	18,9
2 a 3	51,4
4 e 5	18,9
> 5	8,1
Local de moradia	
Junto com o idoso	70,3
Próximo do idoso	24,3
Distante do idoso	5,4
Tipo de arranjo familiar (número de pessoas no domicílio do cuidador)	
Mora sozinho	5,4
2 pessoas	24,3
3 a 4 pessoas	45,9
5 ou + pessoas	24,3
Grau de parentesco com a pessoa idosa cuidada	
Cônjuge/companheiro	10,8
Filho/enteado	62,2
Irmão	10,8
Genro/nora	8,1
Outro familiar	8,1

Fonte: as autoras.

Exceto por uma entrevistada de 88 anos que cuida dos irmãos há pelo menos 70 anos, o tempo na condição de cuidador variou de um a 26 anos. Apesar disso, quase todos (97,3%) admitiram não terem preparo para a tarefa, confirmando as observações de Caldas[19] e Anjos *et al.*[17], que também constataram a ausência de preparo dos cuidadores familiares.

Ademais, o cuidado impõe a esses cuidadores limitações para realizar atividades relativas a convívio social e familiar, lazer e cuidado de si. Na Tabela 2 estão apresentadas as atividades realizadas por eles.

Tabela 2 - Atividades sociais, produtivas e de lazer realizadas pelos cuidadores familiares (n=37) (Projeto Qualificação do Cuidado ao Idoso Frágil-BH/MG – 2014)

Atividades sociais, produtivas e de lazer da vida diária	Sim (%)	Não (%)
Mantém contato com outras pessoas por telefone ou outros meios	89,2	10,8
Visita amigos ou familiares com frequência	48,6	51,4
Convida outras pessoas para virem à sua casa	86,5	13,5
Sai com outras pessoas para lugares públicos (praças, bares, etc.)	37,8	62,2
Cuida ou provê assistência a outras pessoas	51,4	48,6
Trabalha como voluntário	13,5	86,5
Participa de atividades sociais organizadas (clube, grupos religiosos, de convivência ou terceira idade)	40,5	59,5
Participa de associações civis, conselhos, lideranças comunitárias, partidos políticos	5,4	94,6
Costuma se reunir com seus colegas/amigos para se divertir	48,6	51,4
Faz trabalhos manuais	24,3	75,7

Fonte: as autoras.

Os resultados mostram que atividades sociais, produtivas e de lazer, que exigem a saída dos cuidadores, são realizadas por apenas 40,5% deles, demonstrando que o cuidado interfere no convívio social. Quanto aos motivos alegados pelos entrevistados para não exercerem tais atividades, foram citados: a sobrecarga (34,0%), a falta de interesse (23,9%) que advém de laços sociais e familiares fragilizados (18%) e não ter com quem deixar a pessoa idosa (14,9%), além de problemas de saúde do cuidador (4,3%), não se sentir à vontade para participar (3,5%), falta de oportunidade e de recursos financeiros (1,4%). Esse achado concorda com o de outros estudos nos quais cuidadores afirmam não participar de atividades sociais porque dedicam a maior parte de seu tempo aos cuidados com seu familiar ou pela falta de apoio para cuidar,[18,20] resultando em isolamento social e conflitos familiares.[18] Na maioria das vezes, a família e os amigos não percebem a necessidade de apoio ao cuidador, não entendem as mudanças ocorridas com a pessoa idosa e se afastam,[20] o que aumenta o sentimento de solidão de quem cuida.

Foram entrevistados 12 mulheres e dois homens com idades entre 37 e 88 anos. Eram casados sete cuidadores, quatro eram solteiros, dois separados e um viúvo. Apenas três não residiam com a pessoa idosa. A maioria cuidava dos pais, quatro dos cônjuges, dois de irmãos e uma mulher de sua sogra. Uma entrevistada precisou parar de trabalhar para cuidar do marido.

A transcrição e leitura atenta das entrevistas permitiram fragmentá-las[21] em 27 unidades de significado relacionadas ao cuidado. A análise de conteúdo focalizou categorias que versavam sobre: a) a pessoa de quem cuida; o que é cuidar; efeitos decorrentes do cuidado na vida e na saúde do cuidador; b) a avaliação sobre a participação no grupo; c) sugestões para grupos futuros. Da análise final, após a interação entre as categorias e sua articulação com o contexto sociocultural vigente, emergiram duas categorias temáticas: "o que é cuidar" e "a percepção sobre o grupo de cuidadores".

"O que é cuidar"

Nesta categoria os entrevistados relataram o significado do cuidado, como se sentem cuidando e por que cuidam. O cuidado é definido em atitudes e sentimentos como "*amor*", "*atenção*", "*preocupação*", "*dedicação*", "*parceria*", "*oração*", "*gentileza*", "*oportunidade*", "*responsabilidade*", "*não maltratar*", "*dar remédio e comida na hora certa*", "*prazer*", "*obrigação*", "*missão*". A cuidadora mais velha do grupo vê no cuidado o sentido para sua vida e sintetiza: "*Muito feliz. Muito feliz mesmo. Só alegria*" (M1, 88 anos, solteira). Cuidadores portugueses também percebem o cuidado como algo que traz dignidade, satisfação e gratidão da família.[15] Para o homem cuidador, cuidar inclui as tarefas domésticas, o que difere de pesquisa realizada por Silveira *et al.*[22], cujos participantes cuidam em "retribuição", por "obrigação" e para "suprir necessidades" do familiar idoso, sem, contudo, incluir as atividades domésticas.

O acúmulo de tarefas e responsabilidades do cuidado modifica a vida dos entrevistados. Essa constatação, já verificada na etapa quantitativa (Tabela 2), traduz-se nas narrativas por termos como: "*cansada*",

"doente", *"não contar com ajuda de outros familiares"*, *"ter saído do trabalho"*, *"não tenho companhia"; "nem sempre estou disponível"; "não conheço pessoas"*, *"não sou chamada para sair"*. Esse isolamento social e as mudanças na relação familiar e no círculo de amizades repercutem negativamente na saúde do cuidador.[13] Embora todos os entrevistados utilizassem expressões positivas como *"sentir bem"*, *"ser útil"*, *"dever cumprido"*, *"cuidar por amor"* e *"oportunidade de aproximação com a pessoa idosa"*, descreveram-se como "*impacientes*", "*fatigadas*" e "*presas*" pelo cuidado e expressam sentimentos variados, conflituosos e ambíguos. Ao falar sobre quem cuidam, realçaram características negativas, tais como *"teimosa"*, *"ranzinza"*, *"nervoso"* ou infantilizadas – *"é como se fosse uma criança"*, *"igual ao feto"*.

Essa experiência heterogênea, influenciada por valores culturais e muitas vezes não escolhida ou esperada, pode se dar de diferentes formas e despertar sentimentos múltiplos no cuidador[3,23], pois a qualidade do relacionamento familiar influi na forma de cuidar. Conflitos, desarmonia e incompatibilidade de valores comprometem a qualidade do cuidado e desafiam a obrigação imposta pela legislação de que o cuidado seria responsabilidade, em primeiro lugar, da família.[4,20]

"A percepção sobre o grupo de cuidadores"

Embora decorrido mais de um ano da realização dos grupos, os cuidadores narraram a atividade em riqueza de detalhes. Elogiaram o horário, tempo de reunião; agenda favorável; atenção e dedicação da equipe; dinâmicas utilizadas. Estudo de revisão sistemática identificou que, à semelhança da metodologia empregada no grupo do PQCIF, atividades variadas, como palestras, relaxamento e discussão de temas, são mais efetivas.[24]

Na percepção dos entrevistados, o grupo promoveu mudanças na forma de cuidar e no vínculo com o serviço de saúde e ajudou-os de muitas maneiras: *"apoio"*, *"aprendizado"*, *"aproximação da equipe"*, *"inclusão"*, *"valorização"*, *"socialização"*, *"troca de experiências"*, *"segurança"*. E permitiu tomar consciência de que:*"Eu tenho que ter qualidade de vida para que eu possa acompanhá-la, eu tenho que estar bem comigo. Porque senão eu vou desabar.* […] *se você não cuida de você, não consegue cuidar de outra pessoa"* (M6,53 anos, separada).

As cuidadoras entrevistadas, mesmo idosas, continuaram exercendo a tarefa de cuidar, expondo-se a problemas de saúde, desgastes físico e emocional, sobrecarga, além do comprometimento do próprio cuidado,[13] posto que quando atuam na própria família esquecem de si para cuidar do outro.[24] Estudo realizado em São Paulo confirma que atividades de grupo contribuem no manejo da pessoa cuidada, proporcionam bem-estar emocional e social para o cuidador e desenvolvem habilidades para o cuidado que geram segurança e reduzem o risco de adoecimento para ambos – cuidador e pessoa cuidada.[25] Na Colômbia, um programa educativo com atividades coletivas de valorização do cuidador familiar e de construção de rede de apoio obteve resultados positivos quanto à sobrecarga e funcionalidade familiar, confirmando a importância do trabalho com grupos de cuidadores.[26]

Também se reconhecem *mudanças no vínculo com o serviço*, conforme esclarecem estas entrevistadas:

> *Eu vi portas… que quando precisasse eu podia contar… o curso ajudou muito, porque às vezes o cuidador fica um pouco perdido, cansado, pensando: o que eu vou fazer? (M10, 62anos, solteira).*

> *As pessoas aprendem mais, têm mais conhecimento e vai poupar bastante esse lado [do serviço] (M2, 45 anos, divorciada).*

A interação e a cooperação entre profissionais e cuidadores reduzem o trabalho para ambos, que passam a contar com o serviço em suas dificuldades,[27] prevenindo a institucionalização da pessoa idosa.[22] Os entrevistados reconheceram o valor da experiência coletiva de aprendizagem e apresentaram sugestões para a continuidade e aprimoramento dos grupos. Sugeriram o estabelecimento de efetiva parceria com o programa Maior Cuidado[27], para viabilizar sua participação.

Esta pesquisa confirma que ser cuidador de uma pessoa idosa frágil envolve múltiplas atividades e responsabilidades, perpassando por características de sexo, idade, escolaridade, condições socioeconômicas e culturais, que precisam ser consideradas na atenção primária.

Quanto às limitações deste estudo, cabe ressaltar que a coleta dos dados foi realizada um ano após a participação dos cuidadores nos grupos, o que pode favorecer um viés de memória. Apesar disso, todos os

cuidadores familiares localizados aceitaram participar, demonstrando bastante segurança nas informações, espontaneidade e interesse nas respostas.

CONCLUSÃO

O presente estudo demonstrou, em ambas as etapas, quanti e qualitativa, que, embora os cuidadores se declarem satisfeitos com a tarefa de cuidar, a sua inserção social, o lazer e a convivência com amigos e familiares ficam comprometidos. Faltam informações, suporte emocional e rede de apoio que possam amenizar a sobrecarga, a solidão e o despreparo para o cuidado. A religião aparece como estratégia de enfrentamento dessa dificuldade no cuidar.

Na percepção dos cuidadores, os grupos do PQ-CIF na atenção primária abrem portas para o serviço, fortalecem o vínculo com as equipes e os beneficiam em relação à compreensão do processo de envelhecimento, do cuidado do outro e de si.

Inserir o cuidador no plano de assistência e promoção da saúde da família, dando-lhe visibilidade e valorizando seu papel, é uma das recomendações da PNSPI e integra o escopo da Estratégia de Saúde da Família. Portanto, é fundamental que os gestores promovam grupos de cuidadores familiares na atenção primária, como parte da agenda das equipes no cuidado à população idosa e reconheçam um aliado frágil e até então pouco visível ao serviço: os cuidadores familiares.

REFERÊNCIAS

1. Veras RP, Caldas CP, Cordeiro HA, Motta LB, Lima KC. Desenvolvimento de uma linha de cuidados para o idoso: hierarquização da atenção baseada na capacidade funcional. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2013; 16(2): 385-92.
2. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Informações da população. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. [citado em 2016 set. 15]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home.
3. Giacomin KC, Uchoa E, Lima-Costa MFF. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes.Cad Saúde Pública. 2005; 21(5): 1509-18.
4. Ministério da Saúde (BR). Lei n.8.080, de 19 de setembro de 1990. Portaria do Gabinete do Ministro do Estado da Saúde, 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil; 2006. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: http://www.saude.gov.br
5. Ferreira PG, Fernandes MTO, Chacon PF, Leopoldino EAM, Giacomin KC. A qualificação do cuidado ao idoso e o apoio a cuidadores familiares na atenção primária para promoção do envelhecimento ativo, cuidado e proteção na velhice. In: Teixeira MG, Rates SMM, Ferreira JM. O coletivo de uma construção: o sistema único de saúde de Belo Horizonte. Belo Horizonte: Rona; 2012. p.36-38.
6. Lopes LO, Cachioni M. Intervenções psicoeducacionais para cuidadores de idosos com demência: uma revisão sistemática. J Bras Psiquiatr. 2012; 61(4): 252-61.
7. Sartini CM, Correia AM. Programa maior cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. Pensar/BH Política Social. 2012; 3(31): 10-3.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo demográfico, 2010. [citado em 2016 ago. 13]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home.
9. Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (MG). Índice de vulnerabilidade da saúde 2012. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde; 2013. 24 p.
10. Lebrão ML, Laurenti R. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. Rev Bras Epidemiol. 2005; 8(2): 127-41.
11. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. Cad Saúde Pública. 2011; 27(2): 388-94.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2006. 223 p.
13. Souza LR, Hanus JS, Dela LLB, Silva VM, Mangilli EM, Simões PW, *et al*. Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica. Cad Saúde Coletiva. 2015; 23(2): 140-9.
14. Gluksmann M. Rumo a uma sociologia econômica do trabalho do care: comparando configurações em quarto países europeus. In: Hirata H, Guimarães NA. Cuidado e cuidadoras: as várias faces do trabalho do care. São Paulo: Hucitec; 2012. p.63-78.
15. Pimenta GMF, Costa MASMC, Gonçalves LHT, Alvarez ÂM. Perfil do familiar cuidador de idoso fragilizado em convívio doméstico da grande Região do Porto, Portugal. Rev Esc Enferm USP. 2009; 43(3): 609-14.
16. Herrera TDM, Rodríguez SA, García RR, Pérez JD, Echemendía TB, Chang RM, *et al*. Caracterización del cuidado informal de pacientes dependientes enel policlínico "Héroes de Girón" enel 2009. Rev Cubana Med Gen Integr. 2012; 28(2): 28-44.
17. Anjos KF, Boery RNSO, Pereira R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. Texto Contexto Enferm. 2014; 23(3): 600-8.
18. Fonseca NR, Penna AFG, Soares MPG. Ser cuidador familiar: um estudo sobre as conseqüências de assumir este papel. Physis. 2008; 18(4): 727-43.
19. Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad Saúde Pública. 2003; 19(3): 733-81.
20. Caldas CP. O idoso em processo de demência: o impacto na família. In: Minayo MCS, Coimbra JR CEA, organizadores. Antropologia, saúde e envelhecimento. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 51-71.

21. Minayo MCS, organizador. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. São Paulo: Hucitec; 1998.
22. Silveira TM, Caldas CP, Carneiro TF. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. Cad Saúde Pública. 2006; 22(8):1629-38.
23. Néri AL, Sommerhalder C. As várias faces do cuidador e do bem-estar do cuidador. In: Néri AL, organizador. Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais. Campinas: Alínea; 2012. p.9-63.
24. Santos RL, Sousa MFB, Brasil D, Dourado M. Intervenções de grupo para sobrecarga de cuidadores de pacientes com demência: uma revisão sistemática. Rev Psiquiatr Clín. 2011; 38(4):161-7.
25. Lopes LO, Cachioni M. Cuidadores familiares de idosos com doença de Alzheimer em uma intervenção psicoeducacional. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2013;16(3):443-60.
26. Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. Rev Salud Pública. 2011;13(3):458-69.
27. Sá SPC, Bastos RCS, Alfradique P, Santos IS, Ferreira PÂ, Santana R, *et al*. Oficinas terapêuticas para cuidadores de idosos com demência – atuação da enfermagem no programa interdisciplinar de geriatria e gerontologia da Universidade Federal Fluminense. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2006; 9(3):101-14.